



ANEXO DE GASTOS PROTEGIDOS CREDITOS DE VEHÍCULO Y CREDITOS HIPOTECARIOS

11/05/2018-1327-A-24-DS-000000000008-000R

1. ¿QUÉ ES LA COBERTURA DE GASTOS PROTEGIDOS?- AMPARO

Mediante la contratación de éste anexo, **SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR** en adelante “**Nosotros**” le pagaremos a **Usted**, nuestro **ASEGURADO**, un valor de libre destinación que corresponde al 20% del valor asegurado contratado en su Póliza de Protección de Pagos, al presentarse alguno de los eventos descritos en las Condiciones Generales de dicha póliza o en el anexo de Incapacidad Temporal para trabajar o ejercer su actividad económica.

2. ¿QUÉ NO CUBRIMOS?- EXCLUSIONES

Aplican los mismos eventos no cubiertos que se encuentran descritos en las condiciones generales de su póliza de Protección de Pagos y en el anexo de Incapacidad Temporal para trabajar o ejercer la actividad económica.

3. ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA ADQUIRIR LA COBERTURA DE ESTE ANEXO?

Serán aplicables los mismos requisitos de adquisición detallados en las Condiciones Generales de su póliza de Protección de Pagos.

4. ¿DESDE CUÁNDO LO EMPEZAMOS A CUBRIR?

Vigencia

Su anexo tendrá vigencia de un 1 año a partir de la fecha señalada en el Certificado Individual de la Póliza de Protección de Pagos.

Inicio de cobertura – Periodo de carencia

Deberá transcurrir el tiempo indicado en el Certificado Individual de seguro como Periodo de Carencia para que **Usted** pueda tener derecho al amparo otorgado mediante la contratación de este anexo.

5. ¿QUÉ DEBE HACER PARA RECLAMAR SU SEGURO?

Para solicitar el pago de su seguro, **Usted** podrá diligenciar la solicitud de indemnización y presentar los documentos necesarios que en ella se indica según el evento, **Nosotros** tendremos la facultad de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados.

BENEFICIARIO

Para efectos del presente anexo el Asegurado es el Beneficiario.

ASEGURADO

Es la persona natural que tiene la calidad de deudor en virtud de una obligación vigente con el Tomador que, para efectos de este seguro, tiene interés asegurable, ha firmado una solicitud de seguro y dicha solicitud ha sido aceptada por **Nosotros**.

CARENCIA

Se entiende como el período contado a partir del inicio de la vigencia de la póliza y durante el cual un evento no está cubierto.

Puede consultar el formato de solicitud de indemnización en internet ingresando a www.segurosbolivar.com Desempleo o llamando al #322.

El **ASEGURADO** o Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de este anexo, cuando la reclamación presentada sea fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

Todos los costos relacionados con la consecución y entrega de los documentos requeridos serán cubiertos por **Usted**.

6. ¿CÓMO LE PAGAREMOS?

Pagaremos la indemnización que corresponde la suma asegurada, indicada en el Certificado Individual del Seguro al Beneficiario dentro de los 20 días calendario siguientes a la fecha en que se haya acreditado la ocurrencia del evento. Su seguro debe estar vigente a la fecha de ocurrencia del evento.

En todos los casos el valor a pagar no podrá ser superior al tope máximo mensual indicado en el Certificado Individual de Seguro.

El pago del valor asegurado será adicional al pago de la indemnización de los eventos por:

- desempleo.
- Incapacidad.
- Hospitalización.
- **Usted** será el beneficiario del mismo.

7. COBERTURA ININTERRUMPIDA

Para garantizar la cobertura ininterrumpida del **ASEGURADO**, este Anexo se renovará conjuntamente con la Póliza de Protección de Pagos tal y como se establece en las condiciones generales de su póliza

8. ¿EN QUÉ CASOS TERMINA SU ANEXO?

Aplican las mismas causales de terminación descritas en las condiciones generales de su Póliza de Protección de Pagos, para las coberturas de Desempleo Involuntario y Hospitalización.

9. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL ANEXO

Este Anexo podrá ser revocado por los contratantes, cuando se solicite la revocación unilateral de la Póliza de Protección de Pagos, en los términos de las condiciones generales de su póliza.



10. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que usted deba hacernos deberá consignarla por escrito y enviarla a la última dirección registrada. La constancia del envío por correo certificado será prueba suficiente de la notificación. Lo mismo aplica para cualquier notificación que nosotros debamos hacerle a **Usted**.

11. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **BOLÍVAR** cual toda controversia o disputa que resulte del presente contrato de seguro quedará sometida a la jurisdicción colombiana.

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal